

THESIS

Munich

1964

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

Klinisch-statistische Analyse
der somatischen Behandlungsmethoden
und der Behandlungserfolge
bei endogenen Psychosen

von

DIRK STILLE

München 1964

Aus der Nervenklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. K. Kollé

Klinisch-statistische Analyse der somatischen Behandlungsmethoden
und der Behandlungserfolge bei endogenen Psychosen:
ein Vergleich der Jahre 1930, 1950 und 1960

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dirk Stille

aus

Bad Homburg

1964

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. J. E. Meyer
Konreferent:	Prof. Dr. K. Kolle
Dekan:	Prof. Dr. R. Bachmann

Tag der mündlichen Prüfung: 14. 4. 1964

Gewidmet meinen Eltern, die mir mein Studium
ermöglichten.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I N H A L T

	Seite
EINLEITUNG	4
METHODIK	6
ERGEBNISSE	10
I. Aufschlüsselung des Krankenmaterials	10
II. Somatische Therapie in den Jahren 1949-51 und 1959-61	15
1. Insulin- und Elektroschocktherapie	15
2. Pharmakotherapie in den Jahren 1959-61	17
III. Behandlungsergebnisse in den drei Perioden	21
1. Kriterien	21
2. Resultate	23
DISKUSSION	27
Anwendungsbreite somatischer Behandlungsmethoden	29
Behandlungsergebnisse	30
a) Einfluß der somatischen Behandlungsmethoden	30
b) Bedeutung unspezifischer Faktoren	33
c) Stabilität der Behandlungserfolge	37
ZUSAMMENFASSUNG	38
VERZEICHNIS DER TABELLEN UND GRAPHIKEN	40
LITERATUR	41

E I N L E I T U N G

Die Geschichte moderner psychiatrischer Therapie der letzten dreißig Jahre wurde von zwei neuen biologischen Behandlungsmethoden bei endogenen Psychosen wesentlich geprägt: der Insulin - Elektroschocktherapie und der Pharmakotherapie. Zehn Jahre nach Einführung der psychotropen Pharmaka erscheint es möglich, die Wirksamkeit moderner pharmakologischer Therapie zu überschauen und sie den Ergebnissen der älteren Insulin- und Elektroschockbehandlung gegenüberzustellen.

Die vorliegende Arbeit soll anhand des Krankenguts dieser Klinik die klinisch augenfällige Entwicklung der psychiatrischen Therapie in den letzten dreißig Jahren objektivieren und soll Vergleichszahlen bieten zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse in der Zeit vor Einführung brauchbarer somatischer Behandlungsmethoden und in den beiden Phasen intensiver somatischer Therapie. Unsere Ergebnisse haben relevanten Aussagewert nur für den konkreten Fall der Münchener Klinik und sind allenfalls übertragbar auf Krankenhäuser ähnlicher Struktur. Deshalb ist unser Versuch, Möglichkeiten und Grenzen moderner biologischer Behandlungsmethoden aufzuzeigen, auch nur sehr eingeschränkt vergleichbar mit den großangelegten Untersuchungen, die BRILL und PATTON (1 u. 2)^{*} in den USA an allen psychiatrischen Anstalten des Staates New York, und ØDEGAARD (18 - 21) in Norwegen für alle hospitalisierten Geisteskranken zum

* siehe Literaturverzeichnis

gleichen Thema machten. Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen dieser Autoren soweit möglich aufzuklären, war einer der Anlässe für diese Untersuchung. Vergleichsarbeiten, wenn auch wesentlich umfangreicher und unter anderen Gesichtspunkten konzipiert, liegen außerdem von FREYHAN (4 u. 5), LEWIS (12), LINN (14), und SHEPHERD (22 u. 23) vor.

Die Nervenklinik der Universität München bietet aus folgenden Gründen für unsere Fragestellung sehr günstige Bedingungen:

1. Das Einzugsgebiet geht weit über die Grenzen der Großstadt hinaus und schließt Kleinstädte und ländliche Gebiete ein. Es kommen also Patienten ganz verschiedener Lebensbedingungen und aus allen sozialen Gruppen zur Aufnahme.
2. Die Struktur des Hauses als kombinierte neurologisch-psychiatrische Universitätsklinik blieb im beobachteten Zeitraum unverändert.
3. Die diagnostische Einstellung hat in den letzten dreißig Jahren unter BUMKE, STERZ und KOLLE keine erheblichen Wandlungen durchgemacht.
4. Der Einweisungsmodus und die damit zusammenhängenden administrativen Einflüsse sind im genannten Zeitraum nicht nennenswert geändert worden - abgesehen von den Jahren des nationalsozialistischen Regimes und des Krieges, die deswegen aus unserer Untersuchung ausgeklammert wurden. Die

Bettenzahl betrug 250 in den Jahren 1930 und 1960, sie stieg unter den Nachkriegsbedingungen auf einen Stand von 400 Betten im Jahre 1950(9).

M E T H O D I K

Als Vergleichsgruppen wählten wir aus:

1. Die Dreijahresgruppe 1929/30/31 für die Zeit, in der die Klinik zwar schon in ihrer bis heute beibehaltenen organisatorischen Form als psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik bestand, eine wirksame Therapie für endogene Psychosen jedoch noch nicht bekannt war. (Direktor: Professor Dr. O. Bumke).
2. Die Dreijahresgruppe 1949/50/51 für die Zeit, in der die Nachkriegsschwierigkeiten einigermaßen überwunden waren. In diesen Jahren wurden endogene Psychosen ausschließlich mit Insulinschocks, Elektroschocks oder einer Kombination von beiden behandelt. (Direktor: Professor Dr. G. Sterz)
3. Die Dreijahresgruppe 1959/60/61, in der neben Insulin- und Elektroschocks die moderne Pharmakotherapie auf breiter Basis bei endogenen Psychosen angewandt wurde. (Direktor: Professor Dr. K. Kollé)

Die Auswahl der Fälle in den einzelnen Jahren nahmen wir nach

folgenden Gesichtspunkten vor:

Aus dem Krankengeschichtsarchiv der Klinik wurden für jedes Jahr die von Jahresbeginn an ersten

50 Krankengeschichten schizophrener Patienten und

50 Krankengeschichten endogen depressiver Patienten,

jeweils zur Hälfte Männer und zur Hälfte Frauen, zur Bearbeitung herangezogen. Von jeder Jahresgruppe sind also 150 Fälle von Schizophrenie und 150 Fälle von endogener Depression ausgewertet worden.

Damit ist einerseits die Bedingung der Zufalls-Stichprobe erfüllt (Aufnahmen verschiedener Schweregrade der Erkrankung, verschiedenen Alters etc. erfolgen über das ganze Jahr nach dem Zufall verteilt) und andererseits liegen damit gleiche Auswahlbedingungen für die drei Vergleichsgruppen vor.

Bearbeitet wurden nur solche Fälle mit eindeutiger Diagnosestellung, die in der Klinik mindestens vierzehn Tage behandelt wurden, unberücksichtigt blieben also diejenigen, die

1. wegen Platzmangels nach wenigen Tagen verlegt wurden,
2. zur Erstellung eines Gutachtens aufgenommen wurden und
3. gegen ärztlichen Rat die Behandlung vorzeitig abbrechen.

Das ist nicht gleichbedeutend mit einer Entlassung gegen Revers - einem Modus, mit dem sich vor allem in den beiden ersten Phasen der entlassende Arzt bei ungebesserten Hausentlassungen absicherte. Diese Unterscheidung spielt be-

sonders bei der großen Rate der ungebesserten Hausentlassungen in der Jahresgruppe 1930 eine Rolle.

Ferner blieben diejenigen Fälle unberücksichtigt, die wegen einer organischen Erkrankung während der Behandlung in eine andere Fachklinik überwiesen wurden.

Die aus den Krankengeschichten gesammelten Informationen wurden dann statistisch aufbereitet und gestrafft.

Die Gesamtzahl aller in den Dreijahresgruppen stationär aufgenommenen neurologischen und psychiatrischen Fälle und den Anteil der Schizophrenen und Depressiven an der Gesamtaufnahmezahl in Prozentwerten gibt Tabelle I wieder. Die Anteile der ausgewählten 150 Schizophrenen und 150 Depressionen an der Gesamtzahl der Schizophrenen und Depressionen pro Dreijahresgruppe sind aus Tabelle II ersichtlich.

<u>M Ä N N E R</u>	(1) Gesamtzahl aller stat. aufgen. Pat.	Schizophrenen % von (1)	Depressionen % von (1)
1929/30/31	5069	14,3 %	3,8 %
1949/50/51	8526	8,6 %	4,0 %
1959/60/61	5470	5,3 %	6,5 %

<u>F R A U E N</u>	(1) Gesamtzahl aller stat.aufgen.Pat.	Schizophrenien % von (1)	Depressionen % von (1)
1929/30/31	3138	23,5 %	11,7 %
1949/50/51	7446	15,2 %	15,7 %
1959/60/61	4266	7,6 %	17,1 %

TABELLE I: Anteil der endogenen Psychosen an der Gesamtaufnahmezahl in den Dreijahresgruppen

	Gesamtzahl der Schizophrenien	150 bearbeitete Fälle sind % davon	Gesamtzahl der Depressionen	150 bearbeitete Fälle sind % davon
1929/30/31	1468	10,2	564	26,6
1949/50/51	1870	8,0	1508	10,0
1959/60/61	617	24,3	1092	13,7

TABELLE II: Stichprobenumfang in den einzelnen Dreijahresgruppen

E R G E B N I S S E

I. Aufschlüsselung des Krankenmaterials

Wie Tabelle I zeigt, war die Zahl der aufgenommenen Patienten in allen drei Perioden relativ hoch mit einer jährlichen Aufnahmequote von ca. 2 700 Patienten in der ersten, ca. 5 000 in der zweiten und ca. 3 200 in der dritten Periode, was als weiteres Charakteristikum der Münchener Klinik gewertet werden mag.

Bemerkenswerterweise nahm der prozentuale Anteil der schizophrenen Patienten am Krankengut der Klinik in den letzten dreißig Jahren bis zu einem Drittel des Ausgangswertes von 1930 ab, während der Anteil der Depressionen in der gleichen Zeitspanne auf etwa das Doppelte des Ausgangswertes anstieg.

Das durchschnittliche Alter bei der Aufnahme (siehe Tabelle III) - sowohl der schizophrenen als auch der endogen depressiven Patienten - war in den Vergleichsjahren auffallend konstant.

Klinisch unvorbehandelte Fälle wurden bevorzugt aufgenommen: wie Tabelle IV zeigt, kamen in allen Vergleichsgruppen zwischen 45 und 74 % der Patienten zum ersten Mal zur Behandlung in ein psychiatrisches Krankenhaus.

In der Mehrzahl handelt es sich außerdem um relativ akute Fälle, wie Fig. 1 und Fig. 2 demonstrieren: bei mehr als 50 % der Patienten in den untersuchten Jahrgängen lag der

Krankheitsbeginn nicht mehr als zwei Jahre zurück. Als Zeitpunkt des Krankheitsbeginns wurde mangels objektiver Unterlagen der sich anamnestisch aus den Krankengeschichten ergebende Termin des ersten Auftretens von Krankheitssymptomen angenommen, obwohl sicherlich gerade bei den schizophrenen Psychosen die Krankheit oft schon beträchtlich früher begonnen haben dürfte, was aber aus einer durchschnittlichen Anamnese nicht zuverlässig zu erfahren ist. Verwertet wurden deshalb auch nur solche Informationen über den Zeitpunkt des Auftretens der ersten Krankheitssymptome, die entweder in einem Bericht durch Familienangehörige etc. gegeben worden waren, oder die aus Krankengeschichten früherer Aufnahmen des Patienten ersichtlich waren. Angaben dieser Art lagen in den einzelnen Dreijahresgruppen bei mindestens 135 und höchstens 140 der 150 bearbeiteten Fälle vor. Die Anteilswerte in den Histogrammen (Fig. 1 und 2) sind auf diese Zahlen mit genauen Angaben bezogen.

	1929/30/31	1949/50/51	1959/60/61
SCHIZOPHRENEN (Jahre)	33	33	31
DEPRESSIONEN (Jahre)	49	44	50

TABELLE III: Durchschnittsalter der Patienten bei der Aufnahme in die Klinik

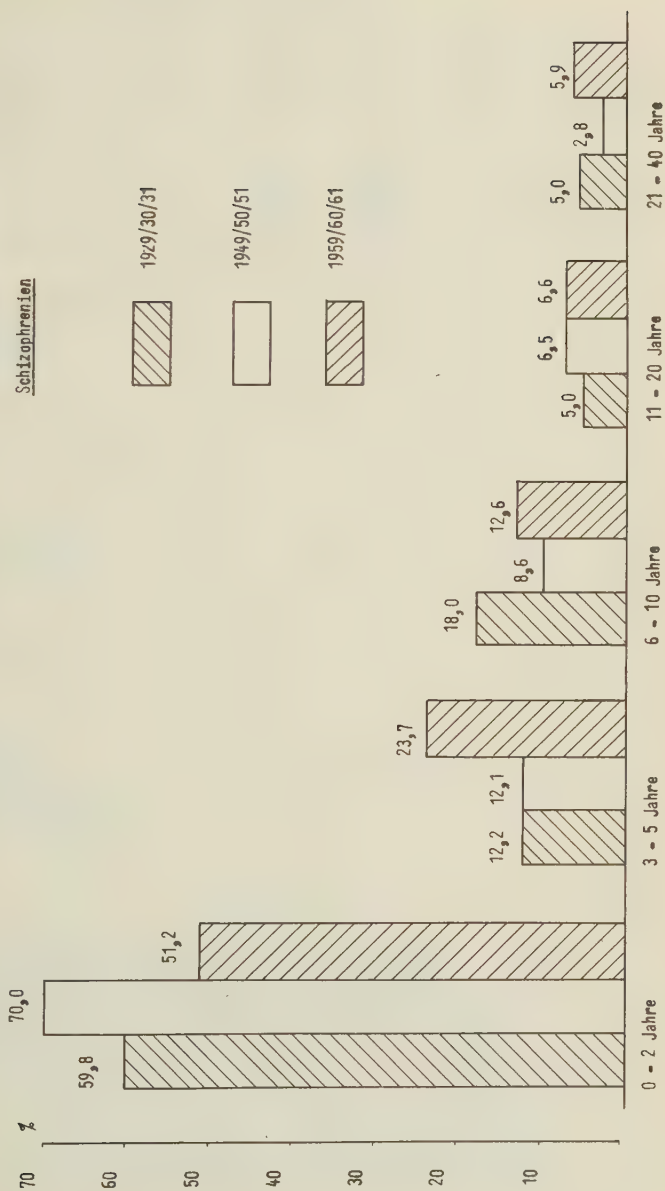
<u>SCHIZOPHRENEN</u>	1929/30/31	1949/50/51	1959/60/61
Erstaufnahme	67,1 %	74,2 %	45,0 %
2. Aufnahme	21,5 %	16,3 %	37,9 %
3. Aufnahme	4,7 %	6,8 %	10,7 %
4. - 8. Aufnahme	6,7 %	2,7 %	6,4 %

TABELLE IV: Häufigkeitsverteilungen der Erst- und Wiederaufnahmen

<u>DEPRESSIONEN</u>	1929/30/31	1949/50/51	1959/60/61
Erstaufnahme	66,1 %	53,2 %	70,8 %
2. Aufnahme	18,0 %	24,1 %	22,4 %
3. Aufnahme	7,9 %	12,1 %	5,4 %
4. - 20. Aufnahme	8,0 %	10,6 %	1,4 %

FIGUR 1

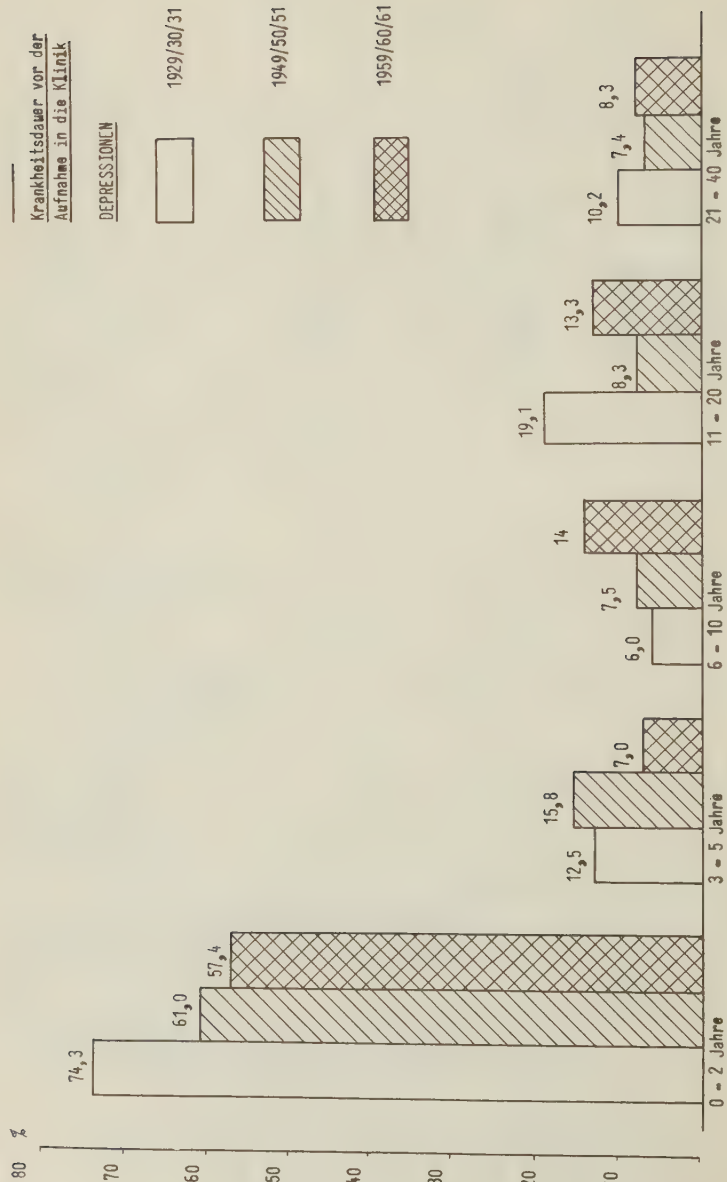
Krankheitsdauer vor der Aufnahme
in die Klinik



FIGUR 2

Krankheitsdauer vor der
Aufnahme in die Klinik

DEPRESSIONEN



II. Somatische Therapie in den Jahren 1949/50/51 und 1959/60/61

1. Insulin- und Elektroschocktherapie

Um zu beurteilen, in welchem Ausmaß in der zweiten Periode, als man Insulin- und Elektroschockbehandlung für die Therapie der Wahl bei endogenen Psychosen hielt, und auch noch in der dritten Periode mit diesen Methoden behandelt wurde, ermittelten wir den prozentualen Anteil der Insulin- und Elektroschock-behandelten Patienten an der Gesamtzahl der bearbeiteten Gruppen.

Berücksichtigt wurden alle Fälle, die mit voll auslösten Elektroschocks und Insulinschocks behandelt wurden. Cardiazolschocks wurden wie Elektroschocks bewertet. Unberücksichtigt blieben bei der Elektroschocktherapie abortive Schocks, bei der Insulintherapie Halbkomata und kleine Dosen Insulin.

Als Maßstab für die Therapieintensität erschien uns die im Einzelfall durchschnittlich gegebene Zahl von Insulin- bzw. Elektrovollschocks gut brauchbar.

1950 wurden 87 % der Depressionen und 96 % der Schizophrenien mit Elektroschocks behandelt. Bis zum Jahr 1960 verringerten sich diese Zahlen auf die Hälfte des Wertes von 1950. Im Gegensatz zu anderen Beobachtern fanden wir jedoch, daß die durchschnittliche Zahl der im individuellen Fall verabfolgten Elektroschocks auch bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung nicht abnahm.

Die Tatsache, daß die Anzahl der insulinbehandelten Schizophrenen im Jahre 1960 etwas höher liegt als im Jahre 1950 ist wohl darauf zurückzuführen, daß 1950 aufgrund der ungünstigen Bedingungen wegen Platzmangels viele Fälle, bei denen eine Insulinkur indiziert war, in eine Anstalt verlegt werden mußten, während 1960 die meisten Patienten, bei denen die Indikation zur Insulinkur gegeben war - meist akute Schizophrenen bei jüngeren Patienten - für die ganze Kur in der Klinik behandelt werden konnten.

<u>SCHIZOPHRENEN</u>	1949/50/51	1959/60/61
ES- und Insulin- behandlung bei	17,3 %	26,6 %
Elektroschock- behandlung bei	78,7 %	32,7 %
Durchschnittl. Anzahl der ES	10,0	9,9
Durchschnittl. Anzahl d. Insulinvollschocks	35,0	40,1

<u>DEPRESSIONEN</u>	1949/50/51	1959/60/61
Elektroschock- behandlung bei	87,3 %	38,0 %
Durchschnittl. Anzahl der ES	7,7	7,1

TABELLE V: Anwendungsbreite der Insulin- und Elektroschocktherapie in den Jahren 1949/50/51 und 1959/60/61.

2. Pharmakotherapie in den Jahren 1959/60/61

Seit der Beschreibung der antipsychotischen Wirkung des Phenothiazinderivats Chlorpromazin (Megaphen) durch DELAY und DENIKER im Jahre 1952 wurde eine Fülle ähnlicher, neuroleptisch wirksamer Substanzen gefunden, deren Bedeutung gerade für die klinische Behandlung endogener Psychosen bald offenbar wurde und die schnell ihren Platz als einfach anwendbare Methode mit den günstigsten Behandlungsmöglichkeiten im Behandlungsplan fanden. In der Münchener Klinik wurden im Jahre 1960 schon 94 % der Depressionen und 79 % der Schizophrenien - entweder ausschließlich oder in Verbindung mit Insulin- und Elektroschocks - mit psychotropen Substanzen behandelt. Die Anwendungsbreite aller somatischen Behandlungsmethoden in diesen Jahren ist in Fig. 3 und 4

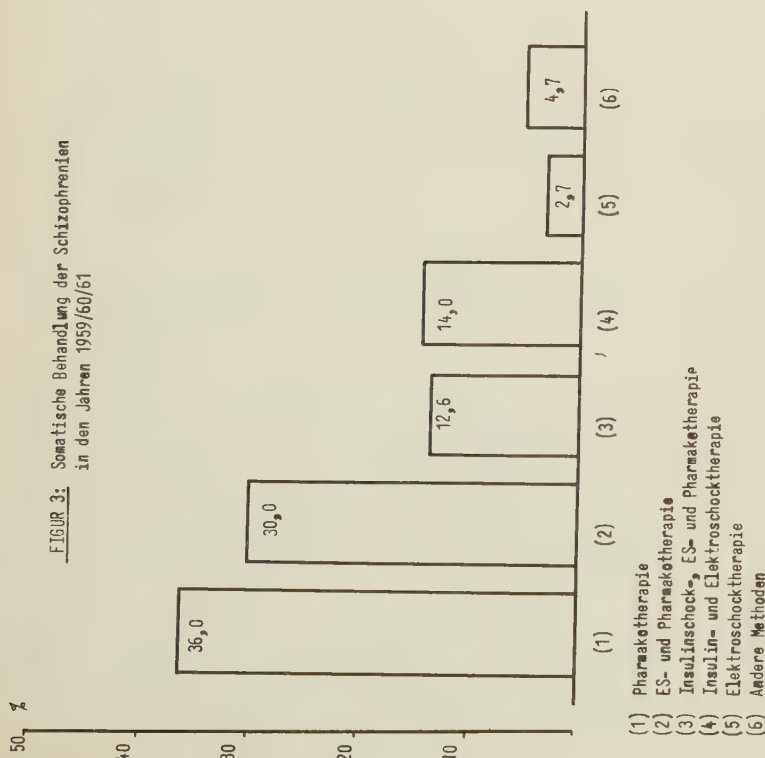
graphisch dargestellt. In der Gruppe der neuroleptisch behandelten Patienten sind nur solche Fälle enthalten, die länger als 14 Tage mit mehr als 100 mg Neuroleptika, Thymoleptika und verwandten Substanzen, oder mehr als 2 mg Reserpin pro Tag behandelt wurden.

Bei der Klassifizierung sowohl der Medikamente als auch ihrer Dosierung richteten wir uns nach den Arbeiten von LINKE (13) und vor allem von LAUTER (11). LAUTER beschreibt aufgrund seiner Erfahrungen gerade an dieser Klinik die Richtlinien der Pharmakotherapie im Behandlungsplan endogener Psychosen und stellt eine genaue Einteilung der gebräuchlichen Medikamente nach klinischen und pharmakologischen Gesichtspunkten auf.

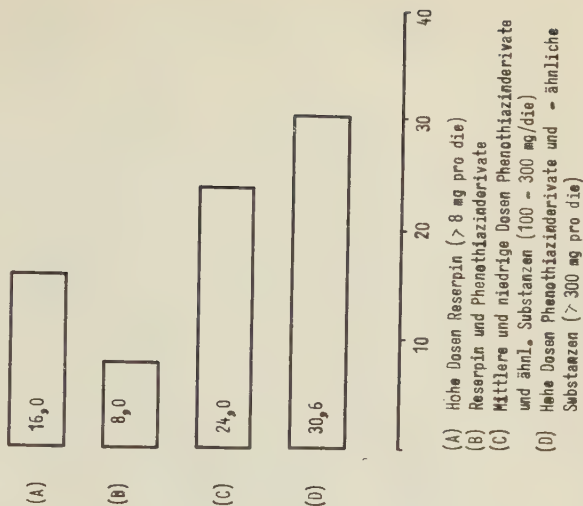
Wesentlich davon für unsere statistische Erfassung des Behandlungsplanes sind erstens die Gruppierung der Medikamente in Neuroleptika und Thymoleptika und zweitens die Angaben über die für einen neuroplegischen Effekt notwendigen Minstdosierungen.

Die unter den angegebenen Bedingungen an dieser Klinik im Einzelfall verabreichte Gesamtdosis der Neuroleptika ermittelten wir für das Beispiel der Schizophrenien. Jeder Patient erhielt im Laufe der Behandlung: eine durchschnittliche Gesamtdosis von 15,3g Phenothiazinderivaten und verwandten Substanzen und - teils zusätzlich, teils ausschließlich - 1,11 g Reserpin. Die durchschnittliche Tagesdosis lag für das Phenothiazin bei 374 mg und für das Reserpin bei 17 mg.

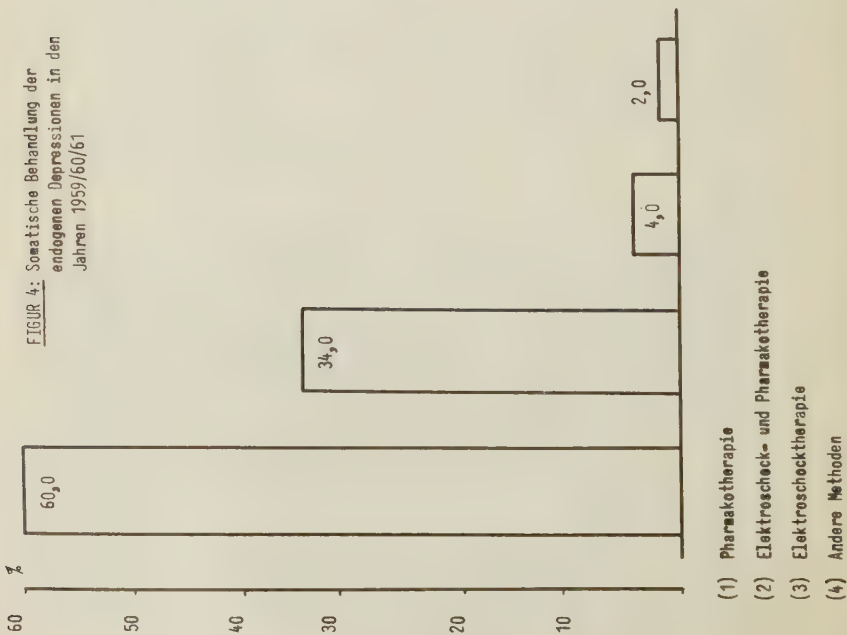
FIGUR 3: Somatische Behandlung der Schizophrenen
in den Jahren 1959/60/61



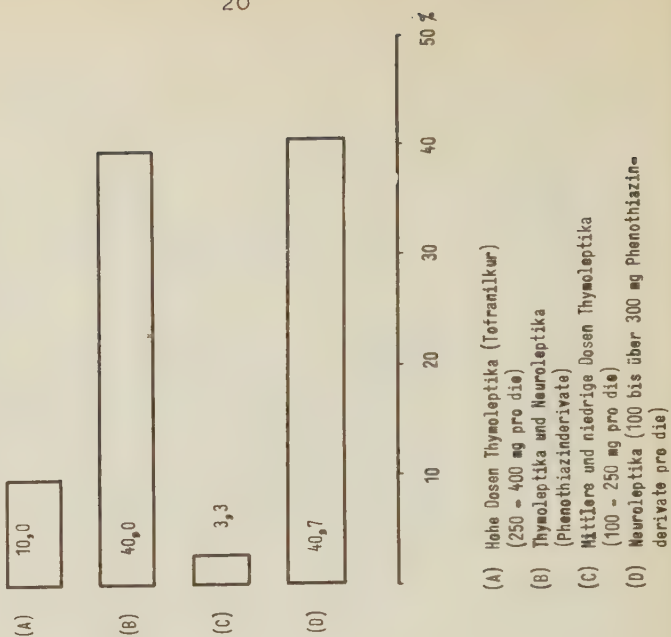
PHARMAKOTHERAPIE: Aufschlüsselung der
Säulen 1, 2 und 3



FIGUR 4: Somatische Behandlung der endogenen Depressionen in den Jahren 1959/60/61



PHARMAKOTHERAPIE: Aufschlüsselung der Säulen 1 und 2



III. Behandlungsergebnisse in den drei Perioden

1. Kriterien

Da eine Universitätsklinik ihrem Charakter nach für Therapie-resistente Fälle in der Regel nur Durchgangsklinik sein kann und für den Zeitraum, in dem die von uns untersuchten Jahresgruppen liegen, auch gleichbleibend war, konnte nicht erwartet werden, daß Unterschiede der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in der Klinik ein signifikanter Maßstab für Unterschiede im Therapieerfolg sein würden, was sich auch im Laufe unserer Untersuchung bestätigte (siehe Tabelle VI).

<u>SCHIZOPHRENIEN</u>	1929/30/31	1949/50/51	1959/60/61
TAGE	57	50	65

TABELLE VI: Durchschnittliche Behandlungsdauer
in der Klinik

<u>DEPRESSIONEN</u>	1929/30/31	1949/50/51	1959/60/61
TAGE	67	35	45

Vielmehr boten sich vor allem die Rate der Patienten, die nach ergebnislosem Behandlungsversuch in eine Anstalt verlegt bzw. nach Hause entlassen wurden und - unter kritischen Bedingungen - die Rate der gut gebesserten Patienten als Vergleichsmerkmale an, die mit hinreichender statistischer Validität Aussagen über Unterschiede in den Behandlungsergebnissen der drei Perioden erwarten lassen konnten.

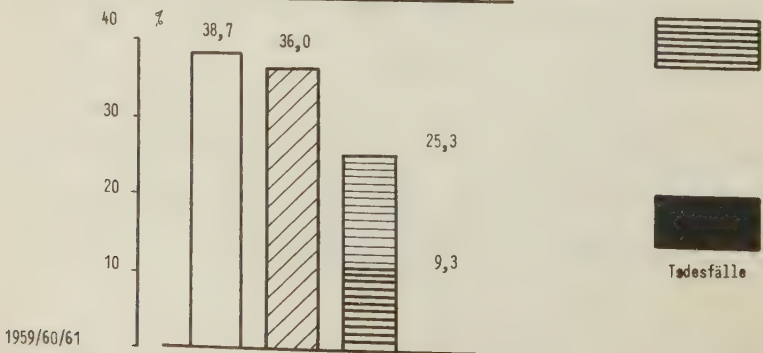
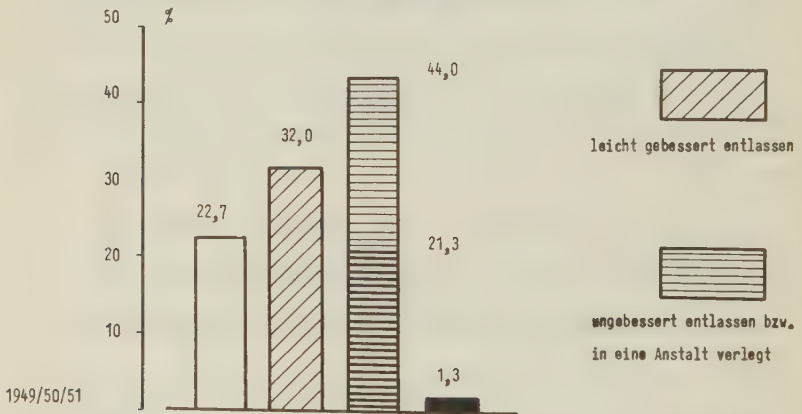
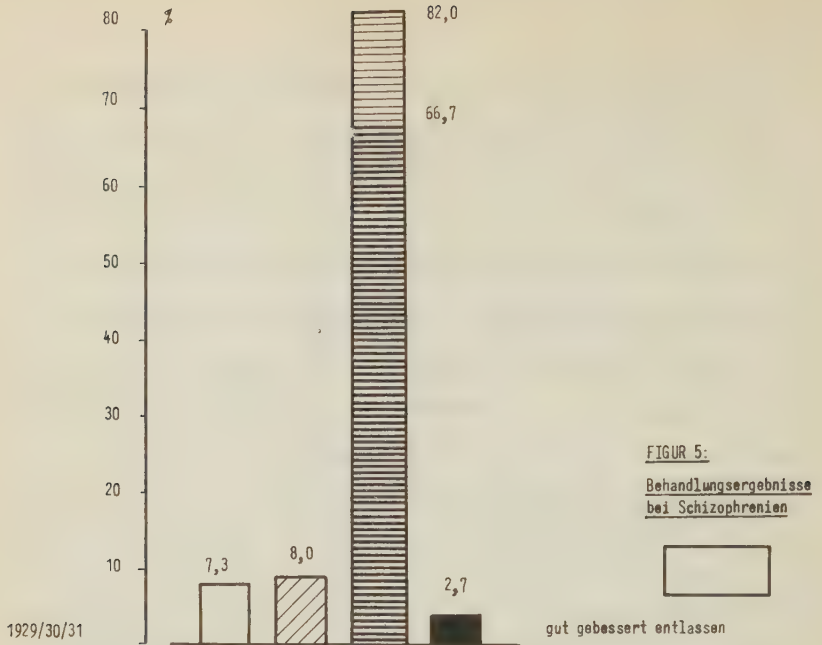
Zur Erhellung des Behandlungsergebnisses dienten uns Informationen aus der eigentlichen Krankengeschichte und aus der Epikrise bzw. dem Arztbericht. Da die optimistische Beurteilung des Behandlungsergebnisses im Bericht des entlassenden Arztes häufig in einem gewissen Widerspruch stand zu den aus der Krankengeschichte ersichtlichen, noch vorhandenen Restsymptomen, kurz vorausgehenden Rückfällen etc., gaben wir den Informationen aus der Krankengeschichte bei Widersprüchen den Vorzug. Und zwar richteten wir uns bei der Beurteilung des Therapieergebnisses nach dem Vergleich des Krankheitsbildes, der Krankheitssymptome, die bei Behandlungsbeginn bestanden hatten, mit dem Zustandsbild unmittelbar vor der Entlassung.

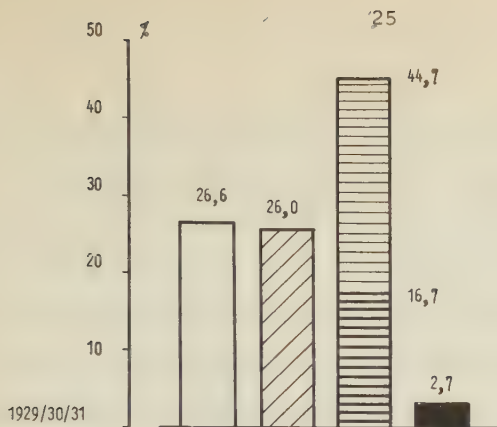
Als "gut gebessert entlassen" wurden diejenigen Fälle bezeichnet, die zur Zeit der Entlassung frei von Krankheitssymptomen waren und in den letzten Wochen vor der Entlassung keine Rückfälle erlitten hatten. Alle anderen Patienten, soweit sie nicht "ungebessert in eine Anstalt verlegt" oder "ungebessert nach Hause entlassen" wurden, haben wir in einer Gruppe als "leicht gebessert entlassen" zusammengefasst. Unter den Todesfällen wurden nur diejenigen berücksichtigt, bei denen die Todesursache mit der psychischen Erkrankung möglicherweise

zusammenhing (z.B. Exitus in katatoner Erregung, im Stupor, nach Nahrungsverweigerung, durch Suicid in der Klinik etc.) oder als Folge der somatischen Behandlung in den beiden neueren Perioden aufgefaßt werden konnte (z.B. bei der Elektro- und Insulinschocktherapie: Tod durch Herzversagen oder Atemlähmung unmittelbar nach verabreichtem Schock). Tödliche Thromboembolien, wie sie als Folge der Behandlung mit Neuroleptika beschrieben wurden, konnten bei den Patienten der neuesten Gruppe nicht beobachtet werden.

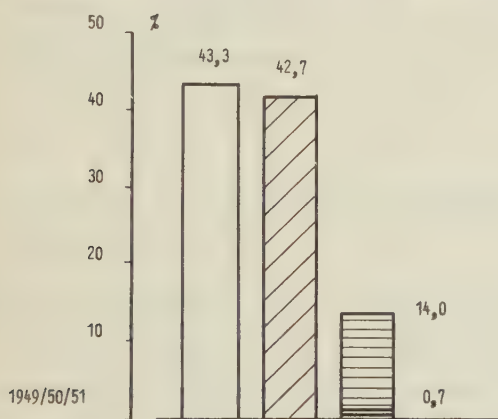
2. Resultate

Figur 5 und 6 veranschaulichen die unterschiedlichen Behandlungsergebnisse in den drei Vergleichsphasen. Selbst bei ausschließlicher Beachtung der jeweiligen Anteilswerte der unge bessert entlassenen bzw. verlegten Patienten - Werte, die, wie oben ausgeführt, den relevantesten Vergleich ermöglichen - werden die großen Unterschiede der Therapie-Erfolge nach Einführung der neuen Behandlungsmethoden augenfällig:





FIGUR 6:
Behandlungsergebnisse bei
endogenen Depressionen



gut gebessert entlassen

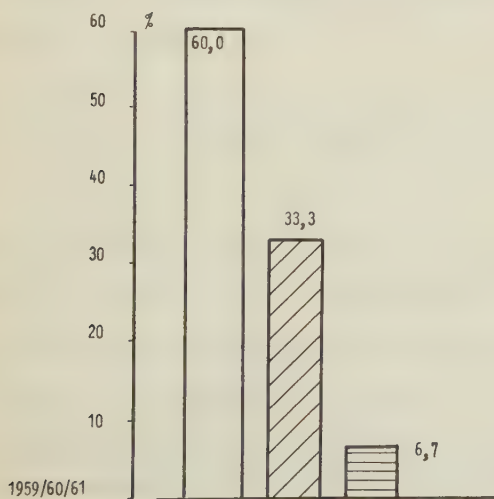
leicht gebessert entlassen

ungebessert entlassen bzw.

in eine Anstalt verlegt



Todesfälle



Sowohl nach Einführung der Insulin-Elektroschocktherapie als auch nach Einführung der Pharmakotherapie wurden die Behandlungsergebnisse eindrucksvoll verbessert. Und zwar sank der Anteil der Ungebesserten bei den Schizophrenien unter den beiden neuen Behandlungsmethoden 1950 auf ca. die Hälfte, 1960 auf ca. ein Viertel des Ausgangswertes von 1930. Bei den endogenen Depressionen konnte dieser Anteil zunächst unter der ES-Therapie auf ca. ein Drittel, später unter der Pharmakotherapie auf ca. ein Siebtel des Ausgangswertes von 1930 verringert werden. Der Anteil der Patienten, die man in den beiden letzten Perioden gut bzw. leicht gebessert entlassen konnte, stieg dabei etwa korrespondierend an. So war man noch 1930 gezwungen, 82 % der Schizophrenien ungebessert zu entlassen, davon etwa drei Viertel in eine Anstalt zu schicken, 1950 blieb nur noch in 44 % der Fälle die Behandlung ergebnislos und nur noch bei der Hälfte davon bestand die Notwendigkeit, sie an eine Anstalt zu überweisen, weil noch keine Eingliederung in häusliche Pflege möglich war. Die entsprechenden Werte betragen für 1960 ca. 25 bzw. 9 %. Nur bei etwa jedem zehnten Patienten ließ sich eine Anstaltsunterbringung nicht umgehen.

Bei den Depressionen waren die Aussichten auf einen positiven Heilerfolg immer schon wesentlich günstiger, etwa ein Viertel der aufgenommenen endogenen Depressionen konnte schon 1930 voll remittiert entlassen werden, 1950 waren es 43 % und 1960 hatten nahezu zwei Drittel der Patienten einen guten Heilerfolg zu erwarten. Der Anteil der Anstaltsunterbringungen war

bei den Depressionen immer schon relativ gering, bei ca. 17 % der stationär aufgenommenen endogenen Depressionen war 1930 diese Maßnahme angezeigt, während noch insgesamt nahezu die Hälfte der Patienten ungebessert entlassen werden mußte; 1950 lag dieser Wert bei 14 % und 1960 gar nur noch bei ca. 7 %. Verlegungen in die Anstalt waren bei endogenen Depressionen in beiden Jahresgruppen nicht mehr notwendig. Der Anteil der Patienten, die in der Klinik verstarben, war lediglich 1930 mit ca. 3 % nennenswert.

D I S K U S S I O N

Bei dem folgenden Versuch, unsere eigenen Ergebnisse in Beziehung zu setzen zu den Resultaten und Schlüssen verschiedener, schon eingangs erwähnter ausländischer Autoren, muß nochmals auf die Verschiedenartigkeit des Krankenguts hingewiesen werden:

1. Die unten referierten Autoren untersuchten den Einfluß und die Wirksamkeit der biologischen Behandlungsmethoden ausnahmslos an allen Gruppen von Geisteskranken, die jahre- und jahrzehntelang in Anstalten hospitalisiert waren.

Unser Material beschränkt sich dagegen auf Patienten mit endogenen Psychosen, bei denen in einer Stadtklinik ein intensiver Behandlungsversuch gemacht wurde, und die dann - im Durchschnitt nach etwa zwei Monaten - entweder

gebessert entlassen werden konnten oder zur weiteren Behandlung in eine Anstalt überwiesen werden mußten.

2. Besonders BRILL, PATTON (1 u. 2) und ØDEGAARD (18-21) stützten ihre Statistiken auf Verwaltungsunterlagen aller psychiatrischen Anstalten eines größeren Gebietes. So studierten BRILL und PATTON die Aufnahme- und Entlassungsbewegungen an allen State Mental Hospitals des Staates New York und ØDEGAARD verwertete Unterlagen über die stationären Patienten aller norwegischen Anstalten. Anhand solch umfangreichen Materials konnten Verbesserungen der Behandlungsergebnisse über eine längere Zeitspanne lückenlos verfolgt werden. Außerdem lagen auf diese Weise günstige Bedingungen vor, um auch die Stabilität des Behandlungsergebnisses anhand der Wiederaufnahmequote beurteilen zu können.

Unseren Resultaten dagegen liegen - sowohl hinsichtlich des Zeitraumes als auch des Umfangs - nur stichprobenartige Ausschnitte aus dem rasch wechselnden Krankenbestand einer einzigen Klinik zugrunde. Den relativ geringen Stichprobenumfang, der statistischen Erfordernissen jedoch vollauf genügt, versuchten wir dafür durch möglichst detaillierte Informationen zu ergänzen.

So mag ein wesentlicher Unterschied darin liegen, daß wir zu zeigen versuchen, was die somatischen Behandlungsmethoden bei endogenen Psychosen durchschnittlich im

Einzelfall leisten konnten und können, während die genannten Autoren sich - vorausplanend - dafür interessieren, welche Patientenzahlen und welche Erkrankungsgruppen in Zukunft zu erwarten sein werden und welche kurativen und therapeutischen Mittel dafür bereitzustellen sind.

Wenn wir dennoch die Resultate jener Autoren eingehend diskutieren, so sollen damit zusätzliche Gesichtspunkte zur Problematik der Erfassung und Beurteilung von Behandlungsergebnissen gerade in der Psychiatrie aufgezeigt werden.

Anwendungsbreite somatischer Behandlungsmethoden

BRILL und PATTON (1, 2) berichten aus den USA über ein Krankengut von ca. 90 Tsd. hospitalisierten Geisteskranken mit einem Anteil von ca. 57 Tsd. endogenen Psychosen. Davon wurden 1954 ca. 7 %, 1957 ca. 6 % und 1959 ca. 1,5 % mit Elektrokonvulsionen behandelt.

Dagegen wandte man die Pharmakotherapie 1957 bei ca. 30 %, 1959 bei ca. 50 % und 1961 bei über 60 % aller Patienten an. Damit wurden zehnmal soviele Patienten einer somatischen Therapie zugeführt, wie in der Zeit der Schocktherapie. Diese Belebung der therapeutischen Aktivität kam vor allem den neu aufgenommenen Kranken zugute: so wurden 1959 zum Beispiel 68 % der im gleichen Jahr aufgenommenen, dagegen nur 19 % der schon zehn Jahre lang hospitalisierten Patienten medikamentös behandelt.

SHEPHERD (23) gibt für drei englische Anstalten mit einem dauernden Krankenbestand von etwa 800 Patienten und einem jährlichen Durchgang von etwa 500 Patienten für 1957 an, daß 28 % der depressiven (153 Fälle) und 39 % der schizophrenen Patienten (415 Fälle) mit psychotropen Medikamenten behandelt wurden.

Unsere eigenen Werte zeigen eine Anwendungsbreite biologischer Behandlungsmethoden, wie sie keiner der Vergleichsuntersuchungen zu entnehmen ist, was zweifellos durch die Beschränkung unserer Erhebung auf endogene Psychosen und durch die Struktur dieser Klinik bedingt ist. Es konnten hier in beiden Phasen etwa 80 - 95 % der Patienten intensiv somatisch behandelt werden. Auch bei gleichzeitiger medikamentöser Therapie bediente man sich jedoch auch noch von 1959 - 61 in erheblichem Umfang der Elektroschocktherapie, wobei die durchschnittliche Zahl der im Einzelfall verabfolgten Schocks nicht abnahm.

Behandlungsergebnisse

a) Einfluß der somatischen Behandlungsmethoden

Wie grundsätzlich in den USA die immer breitere Anwendung psychotroper Medikamente das gesamte Erscheinungsbild psychiatrischer Anstalten, die Lebensbedingungen der hospitalisierten Patienten und deren Heilungsaussichten veränderte, konnten BRILL und PATTON (1, 2) sehr eindrucksvoll nachweisen. Nach

fünfzig Jahren des kontinuierlichen Anstiegs der Patientenzahlen wurde 1956 nach Einführung der "drugs" die Aufnahmebilanz zum ersten Mal passiv.

Während die Zahl aller hospitalisierten Geisteskranken in den USA von einem Ausgangswert von 144 Tsd. um die Jahrhundertwende bis 1955 - mit einer jährlichen Zuwachsrate von 6-8 Tsd. - einen Wert von 559 Tsd. erreicht hatte, fiel dieser Wert bis 1961 auf 529 Tsd. An den statistisch genauer analysierten New Yorker Anstalten stieg die Zahl der am Jahresende untergebrachten Patienten von 1950 bis 1955 um 10,3 Tsd. (davon 4,9 Tsd. endogene Psychosen!), dagegen fiel sie von 1955 bis 1960 um 4,5 Tsd. (davon 3,9 Tsd. endogene Psychosen!) trotz ständigen Anstiegs der Neuaufnahmen (und, entsprechend stärker, der Entlassungszahlen). Gerade Neuaufnahmen konnten aber auch nach kürzerer Zeit wieder entlassen werden: während 1955 ca. 56 % der Patienten noch nach sechs Monaten in der Klinik waren, lag dieser Wert 1959 nur bei 36 %.

Die Konvulsionstherapie, die allerdings, wie erwähnt, nur bei einem kleinen Prozentsatz der Patienten angewandt wurde, konnte also ein ständiges Anwachsen der Patientenzahlen nicht verhindern, erst die Pharmakotherapie brachte die Wende. Ausschließlich ihrer Wirkung schreiben BRILL und PATTON auch alle anderen Erleichterungen für die Patienten zu: im Vergleich zur Zeit vor Einführung der Pharmaka waren 1960

- nur ca. bei einem Zehntel der Patienten Zwangsmaßnahmen notwendig,
- zehnmal so viele Patienten in das "open hospital system" einfügbar und
- drei bis viermal so viele Kranke freiwillig in Anstaltsbehandlung gekommen.

Diesen Resultaten stehen grundlegend andere Beobachtungen von ØDEGAARDS (18-21) gegenüber: ØDEGAARD berichtet, daß an den norwegischen Anstalten nach Einführung der Schocktherapie manche therapeutischen Fortschritte zu erzielen waren, daß die Pharmakotherapie jedoch keine signifikanten Änderungen brachte. Von 14 Tsd. neu aufgenommenen Patienten wurden in den Jahren 1926 - 35 etwa 37 % noch innerhalb eines Jahres entlassen, während dieser Wert für die 16 Tsd. Neuaufnahmen der Jahre 1936-45 bei 57 % lag. Entlassung ist in diesem Falle so definiert, daß innerhalb eines Jahres keine Wiederaufnahme erfolgt. Erwähnenswert ist, daß für die Schizophrenien die Werte eindeutig höher lagen als für alle anderen Gruppen von Erkrankungen. Trotz medikamentöser Therapie seit 1955 konnte die Entlassungsrate bis 1959 nicht nennenswert erhöht werden. Zu dem gleichen Ergebnis kommt SHEPHERD (22-25) für den Zeitraum von 1954 bis 1957.

Unsere eigenen Daten zeigen, daß unter der Anwendung der beiden neuen Behandlungsmethoden, die bei ihrer Einführung in den klinischen Behandlungsplan als revolutionierend angesehen wurden, die Behandlungserfolge

erheblich verbessert werden konnten. Die Schocktherapie brachte an dieser Klinik eine ebenso markante Verbesserung der Ergebnisse, wie die medikamentöse Therapie.

In den Krankengeschichten konnte die Einschätzung, ob Patienten gut bzw. leicht gebessert entlassen wurden, natürlich nicht frei von Fehlern sein. Dagegen sind die Werte über den Anteil der ungebessert Entlassenen subjektiver Beeinflussung weitgehend entzogen und damit von guter statistischer Validität für die Beurteilung der Behandlungsergebnisse in den drei Vergleichsperioden. Die Unterschiede dieser Werte sind nach statistischen Bedingungen sehr signifikant.

b) Bedeutung unspezifischer Faktoren

Mit den neuen somatischen Behandlungsmethoden sei es auch in der Psychiatrie möglich geworden, eine gezielte Therapie zu treiben, schreibt FREYHAN (4 - 8). Er spricht von "Zielsymptomen", die man mit ganz bestimmten Medikamenten und ganz bestimmten Dosierungen angehen könne. Damit sei psychiatrische Therapie nicht mehr ausschließlich von der Persönlichkeit des Therapeuten abhängig. Mit der Verfügbarkeit objektivierbarer Methoden habe die Psychiatrie wieder Anschluß an die übrigen medizinischen Disziplinen gefunden. FREYHAN meint, daß Statistiken über die Entlassungsbewegung und über die Hospitalisierungsdauer wenig geeignet seien, präzise

Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der neuen Behandlungsmethoden zuzulassen. Er macht die Bewertung von der Frage abhängig, "ob ein bestimmtes Medikament, das unter definierten experimentellen Bedingungen gegeben wurde, definierte psychopathologische Phänomene verändern kann". SHEPHERD (22 - 25) betont, wie wichtig der soziale Bereich, in dem der Patient vor seiner Hospitalisierung lebte und in den er wieder entlassen werden soll, für die Beurteilung der Heilungsaussichten sei. In der unbestreitbaren Verbesserung der Erfolge in den letzten dreißig Jahren sieht er im wesentlichen den Ausdruck administrativer Reformen, die bereits vor der Pharmakotherapie eingeführt wurden. ØDEGAARD (18 - 21) berichtet, daß in den norwegischen Anstalten die Beschäftigungstherapie immer schon in größerem Rahmen durchgeführt worden sei. Die Zahl der Patienten, die beschäftigt werden konnten, wurde aber weder durch die Schocktherapie noch durch die Pharmakotherapie beeinflusst. Nur der Prozentsatz der Fälle, bei denen Isolierung und mechanische Zwangsmaßnahmen notwendig waren, sei erst durch die medikamentöse Behandlungsmöglichkeit auf ein Zehntel gesenkt worden, was genau dem von BRILL angegebenen Wert entspricht.

LINN (14) schließlich konnte sogar zeigen, daß nach Einführung der Drugs nicht nur bei den damit behandelten, sondern auch bei den unbehandelten Patienten eine höhere Entlassungsquote zu verzeichnen war als zuvor.

LAUTER (11) unterstreicht besonders die Notwendigkeit, die spezifische Wirkung der Medikamente durch milieu-therapeutische Maßnahmen zu ergänzen: "Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten haben diesen psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bemühungen starke Impulse gegeben. Denn die psychiatrische Pharmakotherapie bewirkt bei ihrer alleinigen und ausschließlichen Anwendung eine geradezu trostlos sterile, unlebendige Krankenhausatmosphäre; sie schafft durch ihre Dämpfung von Antrieb, Emotionalität und Motorik einen bewegungsarmen, lahmen und erstarrten Patiententyp und ruft daher dringend nach einer aktiveren Krankenbehandlung, die die Kräfte der Persönlichkeit weckt und anregt und den der Psychose innewohnenden Tendenzen zur autistischen Isolierung oder zur depressiven Weltflüchtigkeit entgegenwirkt".

BRILL kommt zu der Schlußfolgerung, daß eine Liberalisierung der Anstalten erst durch die Pharmakotherapie möglich geworden sei. Administrative Reformen, die den Drug-Effekt hätten überdecken können, seien nicht durchgeführt worden.

Auch an der Münchener Klinik wurden zwischen der zweiten und der dritten Periode sozio-therapeutische Einrichtungen geschaffen, die sicher zu dem auch in der dritten Periode eindeutig sichtbaren therapeutischen Fortschritt beitrugen, aber zum Teil auch erst durch die Pharmakotherapie möglich und sinnvoll wurden. So

wandte man bei den stationären Patienten Beschäftigungs-, Sport- und Gruppentherapie an, um die bei den endogenen Psychosen so grundlegend gestörten Umweltbeziehungen zu beeinflussen und eine spätere soziale Wiedereingliederung zu erleichtern. Die Kontakte zwischen den Patienten und ihren Angehörigen förderte man durch sehr großzügige Besuchs- und Ausgeherlaubnis. Damit konnte man die früher starke Diskriminierung der Kranken abbauen und der psychiatrischen Klinik in den Augen der Patienten wie der Angehörigen viel von ihrem früheren Odium nehmen.

Diese Maßnahmen haben die Erfolge der pharmakotherapeutischen Periode gewiß stark unterstützt, der Fortschritt von 1930 bis 1950 kann aber nicht dadurch beeinflußt gewesen sein. Gerade vor 1950, vor Einführung der Pharmakotherapie und der sozio-therapeutischen Möglichkeiten, war der therapeutische Optimismus unter den Psychiatern gering. Man stand unter dem Eindruck, daß die Möglichkeiten der Insulin- und Elektroschockbehandlung voll genutzt waren, und daß eine weitere Verbesserung der Ergebnisse nicht zu erwarten war. Daher scheint es nicht gerechtfertigt zu sein, die Behandlungserfolge an dieser Klinik seit Einführung der neuen somatischen Behandlungsmethoden vorwiegend auf unspezifische Faktoren, wie therapeutischen Optimismus oder administrative Reformen, zurückzuführen.

c) Stabilität der Behandlungserfolge

BRILL und PATTON konnten nicht beobachten, daß eine stärkere "Rezirkulation" von Patienten stattgefunden hat, die möglicherweise durch vorzeitige Entlassung aus der Anstalt aufgrund eines Scheinerfolges der medikamentösen Behandlung bedingt war. Der Prozentsatz der Wiederaufnahmen stieg trotz der stärkeren Entlassungsbewegung nicht an. Für 1958 wird angegeben, daß von den medikamentös behandelten Patienten zehn Prozent weniger in die Klinik zurückkehrten, als von den unbehandelten. ØDEGAARD dagegen stellte sowohl nach Anwendung der Schocktherapie als auch nach Anwendung der Pharmakotherapie eine Zunahme der Wiederaufnahmen und damit eine ungünstigere Stabilität des Behandlungsergebnisses fest.

Die Zahl der Wiederaufnahmen haben wir nicht untersucht. Unsere Beurteilung bezieht sich lediglich auf die Behandlung des jeweiligen Krankheitsschubes bzw. der jeweiligen Krankheitsphase und läßt keine Schlüsse auf eine therapieabhängige Erhöhung des Anteils der Dauerremissionen zu.

Die meisten Untersucher und Beobachter sind darin einig, daß Gesicht und Klima der psychiatrischen Krankenstationen durch die neuen somatischen Behandlungsmethoden vor allem humanisiert wurden. Dieser humane Aspekt sollte in gleicher Weise Gewicht haben bei der Bewertung des therapeutischen Fort-

schritts, wie objektive Zahlen über Entlassungsbewegungen und Behandlungsergebnisse.

Diese Untersuchung kann nur ein kleiner Beitrag zur Geschichte somatischer Therapie in der Psychiatrie sein. Sie läßt keine weitreichenden Schlüsse auf allgemeine Tendenzen in den Behandlungserfolgen bei endogenen Psychosen zu, da die Patienten einer psychiatrischen Klinik unseres Typs nur einen Ausschnitt aus dem großen Bestand aller hospitalisierten Geisteskranken darstellen.

ZUSAMMENFASSUNG

Anhand der Krankengeschichten von 450 schizophrenen und 450 endogen depressiven Patienten aus dem Krankengut der Nervenlinik der Universität München wurde eine klinisch-statistische Vergleichsstudie über somatische Behandlungsmethoden und Behandlungserfolge gemacht für die Periode vor Einführung der Insulin- und Elektroschocktherapie (1929-31), die Zeit intensiver Insulin- und Elektroschockbehandlung (1949-51), und die Phase breit angewandter Pharmakotherapie (1959-61). Das Krankengut und die Bedingungen der Klinik wurden statistisch charakterisiert, die Therapieintensität der beiden letzteren Phasen wurde zahlenmäßig analysiert und die Behandlungsergebnisse der drei Perioden wurden statistisch gegenübergestellt.

Dabei konnte der eindeutige therapeutische Fortschritt sowohl unter Anwendung der Schockbehandlungen als auch unter Anwendung der psychotropen Substanzen gezeigt werden.

Den stärksten aussagewert zum Behandlungsergebnis bietet die Rate der Patienten, die nach ergebnislosem Behandlungsversuch in eine Anstalt verlegt bzw. ungebessert nach Hause entlassen wurden.

Die korrespondierenden und widersprechenden Resultate der wichtigsten Vergleichsarbeiten wurden diskutiert.

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND GRAPHIKEN

	Seite
TABELLE I : Anteil der endogenen Psychosen an der Gesamtaufnahmezahl in den Dreijahresgruppen	8 - 9
TABELLE II : Stichprobenumfang in den einzelnen Dreijahresgruppen	9
TABELLE III: Durchschnittsalter der Patienten bei der Aufnahme in die Klinik	11
TABELLE IV : Häufigkeitsverteilungen der Erst- und Wiederaufnahmen	12
FIGUR 1 : Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Klinik (Schizophrenien)	13
FIGUR 2 : Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Klinik (Depressionen)	14
TABELLE V : Anwendungsbreite der Insulin- und Elektroschocktherapie in den Jahren 1949-51 und 1959-61	16 - 17
FIGUR 3 : Somatische Behandlung der Schizophrenien in den Jahren 1959/60/61	19
FIGUR 4 : Somatische Behandlung der endogenen Depressionen in den Jahren 1959/60/61	20
TABELLE VI : Durchschnittliche Behandlungsdauer in der Klinik	21
FIGUR 5 : Behandlungsergebnisse bei Schizophrenien	24
FIGUR 6 : Behandlungsergebnisse bei endogenen Depressionen	25

L I T E R A T U R

- (1) BRILL, H. and PATTON, R.E.

Analysis of population reduction in N.Y. state mental hospitals during the first four years of large-scale therapy with psychotropic drugs. Am.J. Psychiatr., 116 : 495 - 508, 1959

- (2) BRILL, H. and PATTON, R.E.

Clinical-statistical analysis of population changes in N.Y. state mental hospitals since introduction of psychotropic drugs. Am.J. Psychiatr., 119 : 20 - 35, 1962

- (3) BROWN, G.W., MURRAY PARKES, C. and WING, J.K.

Admissions and Readmissions to three London Mental Hospitals Journ.Ment.Sc. Vol.107, N.451, 1070 - 77, 1961

- (4) FREYHAN, F.A.

Course and outcome of schizophrenia. Am.J.Psychiatr., 112, 161 - 169, 1955

- (5) FREYHAN, F.A.

The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In Rothlin, E. (ed.) Neuro-Psychopharmacology Vol. 2, 1961

- (6) FREYHAN, F.A.

Schizophrenic families, potential effects of modern treatment methods. Eugenics Quarterly Vol.6, Nr. 4, 226-234, 1959

(7) FREYHAN, F.A.

Therapeutic implications of differential effects of new Phenothiazine compounds. Am.Journ.Psychiatr. 115, 577-585, 1959

(8) FREYHAN, F.A.

On classifying Psychotropic Pharmaca. Compreh.Psychiatr. Vol. 2, Nr. 5, 241-247, 1961

(9) KOLLE, K.

50 Jahre Nervenlinik der Universität München
Monatsschr.Psychiatr. 129,177,1959

(10) KOLLE, K.

Erfolge der Insulinkur bei Schizophrenie
Dtsch.Med.Wschr. 81,653,1956

(11) LAUTER, H.

Die psychiatrische Pharmakotherapie und ihre Stellung im Behandlungsplan. Münch.Med.Wschr. 104,46,2236-2246, 1962

(12) LEWIS, A.

The impact of psychotropic drugs on the structure, function and future of psychiatric services in the hospitals. In Bradley, Deniker and Radouco-Thomas (ed.) Neuro-Psychopharmacology, Amsterdam, Elsevier, 1959, pp. 207-212

(13) LINKE

Psychotrope Substanzen

Münch.Med.Wschr. 1960, S.995 ff.

(14) LINN, E.L.

Drug therapy, milieu change and release from a mental hospital

Arch. of Neur. 81, 785-794, 1959

(15) MAYER-GROSS, W. GUTTMANN and SLATER

Short distance prognosis of schizophrenia

J.Neur.Psychiatr. 25,266,1939

(16) MAYER-GROSS, W.

Insulin-coma-therapy of schizophrenia, Some critical remarks on Dr. Sakels report

J.Ment.Sc. 97,406,1951

(17) MEYER, J.E. und STILLE, D.

Clinical-statistical analysis of the treatment of schizophrenia and endogenous depression: a comparison between 1930, 1950 and 1960. Vortrag, gehalten auf dem Kongress der SAKEL-Foundation im Okt. 1962 in New York.

(18) ØDEGAARD, Ø

Current studies of incidence and prevalence of hospitalized mental patients in Scandinavia. In Hoch, and Zubin (ed) Epidemiology of the mental disorders, New York: Grune and Stratton 1961, pp. 45-55

(19) ØDEGAARD, Ø.

Pattern of discharge and readmission in psychiatric hospitals in Norway 1926 to 1955.

Mental Hygiene, 45, 185-193, 1961

(20) ØDEGAARD, Ø.

The influence of specific and non-specific factors on the clinical effect of psychotropic drugs

In Rothlin (ed.) Neuro-Psychopharmacology Vo.2, 210-215, 1961

(21) ØDEGAARD, Ø.

The fate of psychiatric hospital patients in Norway before and after the introduction of drug-therapy.

Vortrag, gehalten auf dem III. Kongress des Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum, in München 1962

(22) SHEPHERD, M.

A study of the maior psychoses in an English county.

Maudsley Monographs, Oxford University Press, London 1957

(23) SHEPHERD, M.

The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population.

Compreh.Psychiatr. 2, 11-19, 1961

(24) SHEPHERD, M.

The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs.

In Rothlin (ed.) Neuro-Psychopharmacology, Vol.2, 183-188, 1961

(25) SHEPHERD, M.

Clinical and social factors relevant to outcome
Oxford University Press, London 1962

Besonders danken möchte ich Herrn Professor Dr. J.E. Meyer dafür, daß er mich mit der Bearbeitung dieses Themas betraute und mir bei der Ausarbeitung Anregungen und weitgehende Unterstützung gewährte.

L e b e n s l a u f

Am 19.9.1937 wurde ich als Sohn des Diplom-Ingenieurs Georg Stille und seiner Ehefrau Else Stille geb. Isenbeck in Dortmund geboren.

Ich wuchs in Dortmund, Berlin und Heidelberg auf, besuchte Schulen in Heidelberg und Dortmund und bestand dort im Frühjahr 1957 die Reifeprüfung an dem humanistischen Stadtgymnasium.

Nach einjährigem Wehrdienst begann ich in Freiburg/Breisgau im Sommersemester 1958 das Studium der Medizin und Psychologie und legte im Herbst 1960 die ärztliche Vorprüfung ab. Zum klinischen Studium immatrikulierte ich mich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, wo ich im Februar 1964 mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen abschloss.

Ich beabsichtige, mich nach der zweijährigen Vorbereitungszeit als Medizinalassistent der Fachausbildung in der Psychiatrie zu widmen.

